

# 指導に苦慮した糖尿病患者の3例

相馬 英美

北海道社会保険病院 7階北病棟

## はじめに

糖尿病の治療の基本は、自己管理につきる。糖尿病と初めて診断された患者は、最初戸惑い、次にそれから逃避しようとし、次第に病気を認め、糖尿病の治療に取り組み始める。今回糖尿病の指導に苦慮した3症例を取り上げ、われわれ糖尿病スタッフがどのように患者に接したかを検証し、検討を加えた。

### ケース1：精神疾患を伴った症例

53才 女性 2型糖尿病 罹病期間約10年

**病歴：**過去3年間に血糖悪化を繰り返し3回入院。数ヶ月前より徐々に血糖値が上昇、1ヶ月前から300mg/dl代となり4回目の入院となった。以前より強迫神経症、抑鬱神経症にて精神科通院中。入院時倦怠感、軽度の口喝があり、眩暈と頭痛症状にこだわり1日6包のセデスGを常用している。

**問題点：**血糖コントロールの重要性が理解できない。内服薬の管理はできるが、先端恐怖症がありインスリン自己注射、SMBGなどの自己管理行動ができない。食事療法の指導は何度も受けているが、カロリー計算ができず諦めている。買い物や炊事は長男がするので、肉類や油類が多く高カロリーの食事になっている。肥満と視力低下のため、清潔やフットケアの自己管理ができない。強度の排便困難がある。

**経過：**患者は、生活の変化を望まない傾向があり過度の指導で抑鬱症状が悪化することも考えられた。また、過去の教育入院で患者の発言が少ないことや内服など身近な管理は可能だったことに着目し、できるだけゆったりした雰囲気、ほぼ一定の看護師が関わりを持ち、短時間のポイント指導を心がけた。今まで、患者にとって一番の悩みだった排便困難やフットケアについて話し合っているうち、徐々に自己管理意識が芽生え、食事のとりすぎはよくない油類を減らし野菜を多くとるなど、発言するようにな

った。血糖値についても150mg/dlを目標にする事を受け入れられた。

### ケース2：患者の生活背景を重視することにより成功した症例

60才 女性 2型糖尿病 罹患期間不明（受療期間約2ヶ月）

**病歴：**視力低下を自覚し眼科受診したところ、糖尿病性網膜症が認められ初めて糖尿病と診断される。外来受診時の高血糖から、合併症の進行が懸念され早期の入院を勧められる。入院時は強い疲労感と両足指のしびれがあり、足底の皮膚硬化に伴う亀裂があった。入院についての受け止めは、突然糖尿病と言われ思いも寄らない入院に緊張している、医療費がどのくらいかかるのか心配。

**問題点：**糖尿病の新患であり、糖尿病に対しての知識が全くない。家族や金銭問題のことが心配なのか学習に身が入らず、外出や外泊ばかり要求してきたり、外食をしてくるなど今までどうりの生活を崩さずに治療だけ受ければよいと考えているようだった。その後、徐々に学習が進んでくると糖尿病に対する不安や恐怖感を訴えるようになり、自己管理意欲がもてなくなってきた。フットケアについても関心がなく足底に数カ所の亀裂があった。

**経過：**患者は、糖尿病を知ると言うことが全く念頭になく、検査や注射などだけ受けて空いた時間は家にいたいと考えていた。病院食を食べてもらう事、適度な運動を体験してもらう事も治療につながることを、何度も説明するが受け入れはよくなかった。妥協案として戸外散歩を許可し自宅に短時間よることを認めたが、約束の時間を守らなかったり、疲労感を理由に学習を拒否したりすることが多くなった。スタッフも患者に不信感を持つようになり指導意欲が低下した。ある時、患者が飾っていた1枚の写真

がきっかけでコミュニケーションが深まり、患者の意向を取り入れた外出や外泊を計画し学習意欲がでてきた。知識が深まるにつれてでてきた不安に対しては、そのタイミングに合わせてコ・メディカルに参加してもらい、より関心が高まり知識が深まった。フットケアも身に付いた。

### ケース3：飲酒がやめられない症例

65才 男性 2型糖尿病 罹病期間約14年間

**病歴：**近医にて内服治療中、最近アルコールの多飲による肝機能低下と血糖コントロール不良のため入院を勧められ来院する。当院初診時の検査成績はFPG337mg/dL、HbA1c7.4、GOT50U/L・GPT56U/L・γGTP374U/Lであり、糖尿病の再学習と血糖コントロール加療目的に入院となる。入院時の自覚症状、他覚症状は特になし。入院の受け止めは、糖尿病について勉強し反省しようと思っている。

「やっぱりお酒はダメですね、がんばります。」と意欲を表していた。

**問題点：**糖尿病についてや飲酒と血糖との関係についての理解不足により、血糖コントロールが不良である。入院と禁酒のストレスからイライラ感と不眠を訴える。飲酒については、友人が誘惑する、妻がうるさく言うからかえって飲みたくなると、他人任せの言動が返ってくる。

**経過：**糖尿病についての基本的な知識は維持できていた。初回個人栄養指導で食事量のアンバランス、特に主食（糖質）が全体の10%～20%しか摂取していず、アルコールの多飲に原因があるのではないかと指導を受けた。その後試験外泊を行い、2度目の個人栄養指導で禁酒をしないと食事療法にならないと指導を受け、外泊中にビールを1本飲んでしまっ

たことに自信をなくしてしまう。歩行運動については、早朝にのみ行っていたが低血糖に関連づけて夕食後に行うよう勧め理解が得られたが、退院後も続けられるかどうか自信はないとの返答だった。入院当初は禁酒のおかげで体調がよいといていたが、同室者にイライラする、検査時間が待ちきれない、酒が飲めなくてつらい、不眠で酒の事ばかり考えると訴えが変化していく。眠剤を長時間効果のあるものに変更するなどの対策をとり効果があったが、肝機能や血糖値がある程度改善されてくると、退院を強く希望してくるようになった。患者は内向的な方で、他人との交流を望まず自分の考えもあまり表に出さない性格だったが、自分なりの課題を持ったようだったので、退院指導はあっさりとしたものにした。

## 考 案

いずれのケースも、糖尿病の特徴である日常生活習慣の問題がどこにあるのかを捉えることが先決で、それには患者や家族から日常の生活スケジュールを詳しく聞き出すことに始まり、どのような思いで入院してきたか、どのような入院にしたいのかも聞いておくべきで、病歴はとても重要な情報収集のチャンスである。入院後も患者の不安や考えの変化に気を配り、型にはまった指導だけでなく興味のタイミングに合わせた指導になるよう心がけるべきと思う。また、医師やコメディカルを含めたスタッフが、どこまでの改善を目標にするのか意思統一をすることが重要であると深く考えさせられたケースであった。

本稿の内容は、平成13年6月21日「第19回 新札幌糖尿病勉強会」で発表したものである。